

Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ?

16-02-2012

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les « **déterminants de la santé** ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. À titre d'illustration, voici les douze déterminants retenus par les Canadiens :

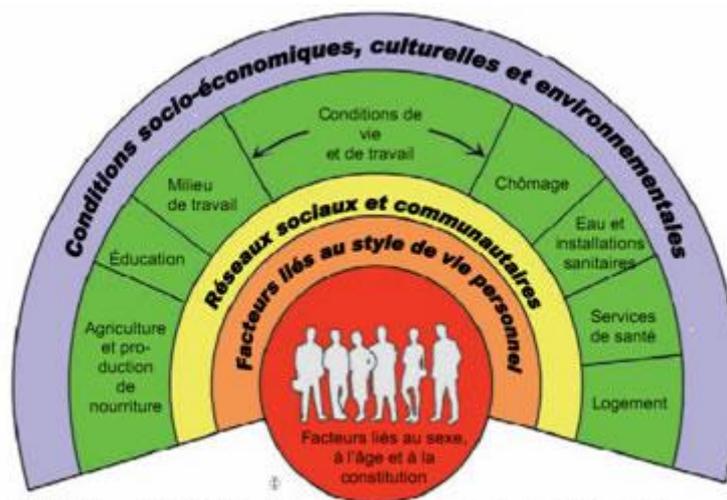
1. le niveau de revenu et le statut social;
2. les réseaux de soutien social;
3. l'éducation et l'alphabétisme;
4. l'emploi et les conditions de travail;
5. les environnements sociaux;
6. les environnements physiques;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
8. le développement de la petite enfance;
9. le patrimoine biologique et génétique;
10. les services de santé;
11. le sexe;
12. la culture.

Voir « [Qu'est-ce qui détermine la santé?](#) » Agence de santé publique du Canada

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques. Il existe divers modèles explicatifs de ces déterminants de la santé : *Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)* ; *Modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998, adapté par la suite dans Diderichsen, Evans et Whitehead, 2001)* ; *Modèle de Mackenbach (1994)* ; *Modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson (1999)* ; *Modèle de la CSDH/CDSS de l'OMS (CSDH : Commission on Social Determinants of Health ; CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé. OMS : Organisation mondiale de la santé)*. Certains privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent être complémentaires. Ils sont présentés dans un document élaboré en 2005 pour les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Cette commission a été mise en place sous l'égide de l'OMS en mars 2005 (2005-2008). Ces [missions](#) sont présentées sur le site de l'OMS. Et, [tous les travaux de la Commission](#) (*rapports, présentations diaporama...*) sont disponibles sur le site de l'OMS.

Voici deux exemples de représentations schématiques des déterminants de la santé: le *Modèle Dahlgren et Whitehead (1991)*, et celui de la *Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2007)*.

Le **modèle de Dahlgren et Whitehead** (en arc en ciel) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent (Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The lancet*, 1991, n° 338 : p. 1059–1063.)



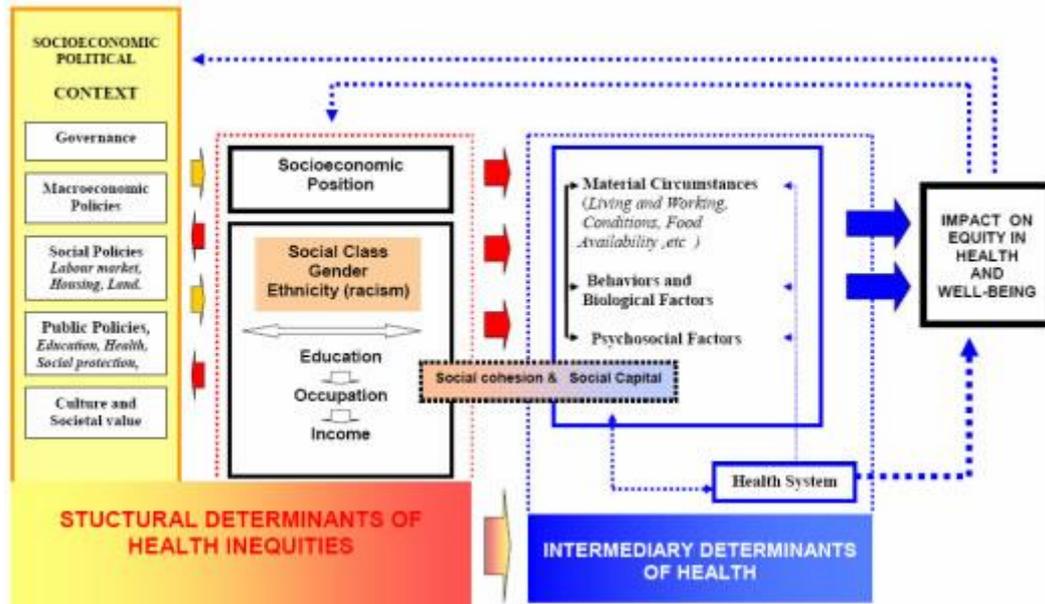
DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

- Le premier niveau « **Facteurs liés au style de vie personnel** » concerne les comportements et styles de vie personnels, influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé.
Les personnes désavantagées ont tendance à montrer une prévalence plus élevée des facteurs comportementaux comme le tabagisme et une alimentation médiocre et feront également face à des contraintes financières plus importantes pour choisir un style de vie plus sain.
- Le second niveau « **Réseaux sociaux et communautaires** » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. *Ces interactions sociales et ces pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable.*
- Le troisième niveau « **Facteurs liés aux conditions de vie et de travail** » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, l'éducation mais aussi les conditions de travail.
Dans cette strate, les conditions d'habitat plus précaires, l'exposition aux conditions de travail plus dangereuses et stressantes et un accès médiocre aux services créent des risques différentiels pour les personnes socialement désavantagées.
- Le quatrième niveau « **Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales** » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail ont une incidence sur toutes les autres strates.
Le niveau de vie atteint dans une société, peut par exemple influencer sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales, ainsi que sur des habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons.

De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les attitudes profondes par rapport aux communautés ethniques minoritaires peuvent influencer sur leur niveau de vie et position socioéconomique.

Le **modèle de la CSDH/CDSS** rassemble l'ensemble des déterminants reconnus. Il est présenté dans le rapport de la [Commission des déterminants sociaux de la santé](#).

Le modèle est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé entretiennent avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé.



Les déterminants structurels de l'état de santé relèvent du contexte politique et socio-économique du pays. Parmi les facteurs qui influent sur la stratification sociale et économique du pays (et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques), on trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Ces facteurs ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé se rapportent aux conditions matérielles, psychologiques, aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux.

Il n'y a pas de déterminisme, mais des déterminants qui interagissent, s'enchainent, voire se modifient au cours du temps... Le poids de chaque déterminant et son mode d'interaction sont peu connus et semblent par ailleurs dépendre fortement du contexte (*impact différencié suivant les individus, les pays, le lieu de vie, le système socio-économique, etc.*).

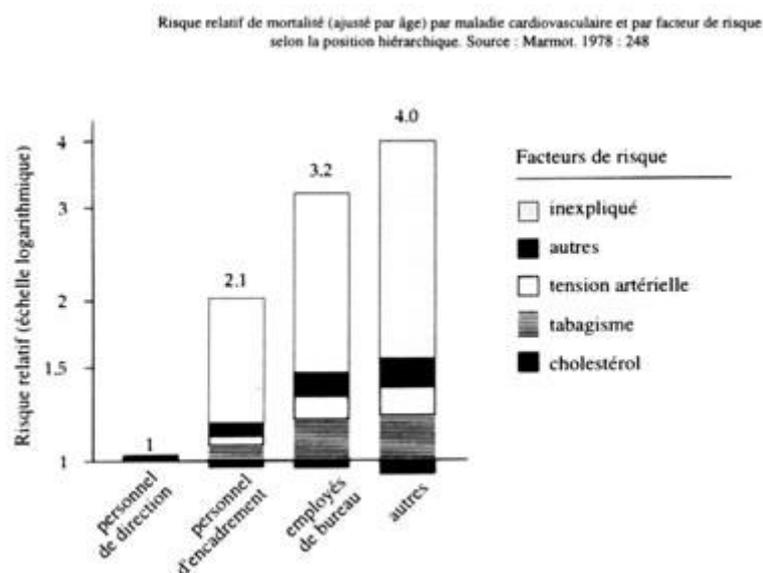
Si le poids respectif de chaque déterminant n'est pas connu, il a cependant été montré par des travaux épidémiologiques et de socio-épidémiologie que **les comportements individuels défavorables à la santé** (*consommation de tabac, d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.*) dont on sait qu'ils exposent à des facteurs de risque responsables de pathologies connues pour être les premières causes de décès dans de nombreux pays (*cancers, maladies cardiovasculaires, etc.*) **ne sont pas prépondérants pour expliquer les inégalités de santé observées** et ne peuvent à eux seuls les expliquer. En effet, à facteurs de risque égaux au regard des comportements individuels, d'autres facteurs pour lesquels un lien direct n'est pas établi (*comme l'est, par exemple, le lien entre tabac et cancer du poumon*) apparaissent statistiquement liés à l'état de santé. Ce sont ces facteurs qui sont appelés déterminants sociaux de santé. Les travaux de recherche en épidémiologie sociale et géographie de la santé apportent des éclairages nouveaux sur les déterminants sociaux qui bousculent l'approche biomédicale de la santé qui prédomine encore en France. Ils documentent, de façon convergente, la connaissance des inégalités sociales de santé et celle des liens avec les déterminants sociaux. Parmi ces travaux, ceux qui sont fondés sur le suivi de cohortes sont particulièrement riches d'enseignements. La recherche la plus ancienne, et mondialement réputée, est celle de « WhiteHall » connue

aussi sous le nom de « Stress & Health Study ». La cohorte de Whitehall a été constituée, entre 1967 et 1969. Elle incluait 19 015 Britanniques fonctionnaires âgés de 40 à 69 ans. Leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987. En 1985, une nouvelle cohorte Whitehall II a inclus 10 308 individus. Les travaux sont disponibles sur le site de L'UCL ([University College London](http://www.ucl.ac.uk/epidemiology)), département de recherche d'épidémiologie et de santé publique.

En France, au moins trois cohortes existent :

- **Cohorte Gazel** : depuis 1989 - Unité Inserm 687, Pr Marcel Goldberg ; cohorte de 20 000 **volontaires** d'Électricité de France et de Gaz de France.
- **Cohorte SIRS** - Santé inégalités et ruptures sociales, depuis 2004 - Unité Inserm (équipe DS3, U707, Inserm - UPMC - Pierre Chauvin et **ERIS**, Centre Maurice Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS) cohorte de 3 000 **résidents** de l'agglomération parisienne.
- **Cohorte Record** - Residential Environment and CORonary heart Disease (Environnement résidentiel et maladies coronaires) – depuis 2007 - Unité Inserm 707, Basile Chaix ; cohorte de 7 300 personnes de quartiers d'Île-de-France.

Exemple issu des travaux épidémiologiques de la cohorte de Whitehall



Ces travaux démontrent que les comportements à risques n'expliquent qu'une part de l'état de santé et que toute chose égale par ailleurs, la part de l'inexpliqué est d'autant plus importante que l'on appartient à la catégorie la plus défavorisée (Marmot M., Rose G., Shipley M., Hamilton P.J.S. [Employment grade and coronary heart disease in British civil servants](https://doi.org/10.1093/ije/dy001). Journal of Epidemiology and Community Health, 1978, n° 32 : p. 244-249).

Le rôle des autres déterminants de la santé, dont les facteurs psychosociaux intervenant dans les éléments explicatifs des inégalités sociales de santé, fait l'objet de nombreux travaux de recherche. Ces facteurs renvoient aux capacités d'agir des personnes, à savoir la capacité de participer pleinement à la vie sociale et le sentiment de maîtrise de sa destinée en lien notamment avec la position hiérarchique. Ces capacités apparaissent d'autant plus élevées que l'on appartient à une catégorie socialement favorisée. Par exemple, le sentiment de maîtrise de sa destinée est un facteur explicatif lié aux différences de l'état de santé (au niveau cardiovasculaire) dans les résultats des travaux de la cohorte anglaise de Whitehall II. (Marmot M.G., Bosma H., Hemingway H., Brunner E., Stansfeld S. [Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)03001-0). The Lancet, 1997, n° 350 : p. 231-235).

En 2004, le programme de recherche « [Mesurer l'impact des déterminants non-médicaux des inégalités sociales de santé \(pdf, 396 Ko\)](#) » a été coordonné par l'Irdes (Institut de

recherche et documentation en économie de la santé) avec la participation de l'Inserm, du CNRS, des services du ministère chargé de la Santé et des caisses de l'Assurance maladie. Ce travail « *recense trois grands types de facteurs collectifs influant sur l'état de santé et pouvant constituer une explication aux inégalités sociales de santé, dans la mesure où l'importance de ces facteurs varie selon le milieu social* :

- *le soutien social apporté par le réseau de relations dont dispose l'individu ;*
- *le capital social, c'est-à-dire le degré d'équipement et de cohésion de l'environnement social dans lequel évolue l'individu ;*
- *la position hiérarchique ressentie au sein de son groupe de pairs. »*

Les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux.

Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux.

Il existe désormais un consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent, mais sans que l'on puisse expliquer complètement comment, ni si l'un prédomine sur l'autre ou encore selon quelle hiérarchie. Cependant, des travaux de neuro-endocrinologies se développent pour expliquer comment une situation sociale peut affecter l'organisme. Les situations durables de stress néfastes à la santé semblent expliquer une plus grande vulnérabilité de l'organisme.

« Plusieurs groupes de chercheurs ont pu établir que le stress généré par des situations sociales hostiles entraînait des effets pathogènes (McEwen 1998 McEwen, B.S., 1998, [Protective and Damaging Effects of Stress Mediators: Allostasis and Allostatic Load](#), *New England Journal of Medicine*, 338, 171-179). Ils ont ainsi pu associer le stress à des mécanismes neuro-immunitaires et neuro-endocriniens ou à des effets sur le système cardiovasculaire (Brunner, E. 2000. [Towards a New Social Biology. Social Epidemiology](#). L.F. Berkman and I. Kawachi. New York, Oxford University Press: 306-331.).

En plus des effets directs, ces mécanismes pourraient aussi expliquer une plus grande vulnérabilité à la maladie de façon générale. D'autres chercheurs ont analysé les effets de la perception de sentiments négatifs, comme la honte, l'hostilité ou le sentiment d'injustice, liés à une faible position sociale. Ces mécanismes biophysiques permettraient de comprendre la grande diversité des maladies pour lesquelles on note des différences sociales. En fait, on s'intéresse de plus en plus au rôle médiateur que joue le système nerveux vers les autres systèmes biologiques : endocrinien, immunitaire, sanguin, etc. (Lupien, S. J., et al., 2001, [Can poverty get under your skin? Basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status](#), *Development and Psychopathology*, 13, 653-676. ; Roy, J.-P., 2004, [Socioeconomic status and health: a neurobiological perspective](#), *Medical Hypotheses*, 62, 222-227. ; Meaney et Szyf 2005 Meaney, M. J et M. Szyf, 2005, [Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome](#), *Dialogues in clinical neuroscience*, 7, 2: 103-123).

Par ailleurs, les stress les plus nocifs pour la santé ne seraient pas ceux découlant d'une crise, mais plutôt ceux qui durent longtemps. Des études ont permis de constater que plus on est situé au sommet de la hiérarchie sociale, plus on arrive facilement à diminuer le niveau de glucocorticoïdes après un stress aigu (Marmot et al. 1978 Marmot, M., et al., 1978, [Employment grade and coronary heart disease in british civil servants](#), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, 4: 244-249). »

Texte extrait de : De Koninck M., Pampalon R., Paquet G., Clément M., Hamelin A.M., Disant M.J., et al. [Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux ? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent \(pdf, 2,5 Mo\)](#). Québec : Institut national de santé publique du Québec, 2008 : 95 p.